

「しらとりハワイアンデイ」  
(通所型サービス)  
重要事項説明書

社会福祉法人 征峯会  
しらとりハワイアンデイ  
筑西市上平塚748-1  
電話 0296-48-9986

当事業所は介護保険の指定を受けています

茨城県指定

(第0872700034号)

当事業所は、契約者に対して通所型サービスを提供いたします。事業所の概況や提供されるサービスの内容、契約上にご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1・2」と認定された方、要支援者に相当する状態にあり、基本チェックリストにより事業対象者判断された方が対象となります。

## 目次

1.	事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2.	事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3.	職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4.	当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	4
5.	苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・	6
6.	個人情報の使用について・・・・・・・・・・・・	7

1. 事業者

- (1) 経営主体 社会福祉法人 征峯会
- (2) 所在地 茨城県筑西市上平塚590番地の1
- (3) 電話番号 0296-28-1277
- (4) 代表者名 渡辺 和成
- (5) 設立年月日 昭和61年11月 1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）・平成17年3月28日

茨城県 第0872700034号

- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、介護予防サービスを提供いたします。

- (3) 事業所の名称 しらとりハワイアンデイ

- (4) 所在地 茨城県筑西市上平塚748-1

- (5) 電話番号 0296-48-9986

- (6) 事業所長(管理者) 清水 直人

- (7) 開設年月日 平成17年3月28日

- (8) 通常の事業実施区域 筑西市、結城市、桜川市、下妻市、小山市、真岡市、下野市、上三川町

- (9) 入所定員 月～土曜日：115名

- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	午前8時45分から午後4時30分
休日	日曜日、12月31日～1月3日

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して介護予防通所サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長(管理者)	(1)	(1)
2. 介護職員	29以上	29
3. 生活相談員	(2)	1
4. 看護職員	2	1
5. 機能訓練指導員	(1)	(1)
6. 栄養士	1	
7. 調理員	5	

( ) 兼務

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（契約者の負担割合証に応じた額）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>（契約書第4条参照）

#### ①食事

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食：12：00～12：30

#### ②入浴

- ・ 希望により入浴又は清拭を行います。

※通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）ご利用の契約者には基本的に行いません。

#### ③排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況や好みに応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための運動、レクリエーション、日常活動等を実施します。

#### ⑤送迎

- ・ ご契約者の希望により送迎サービスをいたします。ただし乗り合いでの送迎となる為、送迎時間は利用日によって変動します。

☆通所型サービスAご利用の契約者は見守り程度の生活援助となります。

＜サービス利用料金＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス基本料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担金）をお支払いください。

事業対象者	月額	1, 6 7 2
要支援1	月額	1, 6 7 2
要支援2	月額	3, 4 2 8

また、以下の中から当事業所で算定している加算単位を上記基本料金に上乗せします。

- ① 介護職員の処遇改善の取り組みを実施している場合、介護保険適用分の合計から5.9%を乗じた額を加算します。
- ② 事業所職員の資格保持者・勤続年数等、職員の割合によって月額要支援1（事業対象者）の契約者は72単位、48単位または24単位、要支援2（事業対象者）の契約者は144単位、96単位または48単位をサービス提供体制強化加算します
- ③ 若年性認知症利用者を、担当職員を定めて受け入れた場合月額240単位の若年性認知症受入加算をします
- ④ 個別計画により運動器機能向上を目的に適切なサービスを実施した場合月額225単位の運動機能向上加算をします。
- ⑤ 栄養ケア計画により適切なサービスを実施した場合月額150単位の栄養改善加算をします。
- ⑥ 口腔機能改善計画により適切なサービスを実施した場合月額150単位の口腔機能向上加算をします。
- ⑦ 自立した日常生活営むための共通の課題を有する契約者に対し、グループで生活機能の向上を目的とした活動を行った場合、月100単位の月額生活機能向上グループ活動加算をします。
- ⑧ 選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービス）を行う事業所について、評価対象となる期間において、契約者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度における当該事業所のサービス提供について、月額120単位の事業所評価加算をします。
- ⑨ 科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用を行う事業所について、月額40単位の科学的介護推進体制加算をします。

（上記の単位数に10.14を乗じた金額が介護サービス費となり、契約者は負担割合証に応じた金額分をお支払いいただくこととなります）

☆ 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、契約者の負担額を変更します。

☆ 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）ご利用された契約者はお住まいの市

町村によって単位数、加算内容が変わり、地域単価適用となります。

(2) 介護予防給付の対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

①食料の材料及び調理費

契約者に提供する食料の材料及び調理費として1食あたり600円いただきます。  
(おやつ代も含まれています)

②通常の事業実施地域以外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスをご利用になる場合には、ご家庭と当事業所との間の送迎費用として下記の料金をご負担いただきます。

・事業所から片道おおむね10km以上20km未満 500円  
以降、片道おおむね5km増すごとに500円加算します

③特別なレクリエーション等への参加

当事業所では、年間行事として日帰り旅行等の行事を計画しています。  
希望により参加いただけますが、参加費は実費をいただきます。

④施設内通貨維持・管理費

デイサービス利用中に使用する施設内通貨（ベリー）の維持・管理費用として1日に付き100円いただきます。

⑤タオルレンタル費

入浴時に使用する、タオル・バスタオルのレンタルについて1日に付き100円いただきます。一回に付きタオル・バスタオル各1枚使用できます。

⑥複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑦生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金やクラブ活動の材料費等で契約者が個別に必要となる費用で、契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

⑧プールプログラムに参加する場合プール使用料として1回300円頂きます。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合は変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月日までにお支払いください。

(4) 利用中の医療の提供について

当事業所を利用している間、医療機関での診療等が必要になった場合、緊急に医療を必要とする以外は、原則として御家族の方で対応していただくことになります。

(5) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

- ・利用予定日の前に、契約者の都合により、介護予防通所サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することが出来ます。この場合には、サービスの実施日までに事業者申し出てください。
- ・利用予定日の前日までに申し出が無く、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日まで申し出があった場合	無料
利用予定日の前日まで申し出が無かった場合	当日の自己負担相当額

- ・サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について (契約書第21条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情の受付窓口 (担当者)

生活相談員 田中 由紀子

○受付時間

随 時

(2) 行政機関その他の苦情受け付け機関

○茨城県国民健康保険団体連合会	電話 029-301-1565
○筑西市介護高齢課	電話 0296-24-2111
○結城市介護保険課	電話 0296-34-0417
○桜川市介護保険課	電話 0296-75-3158
○下妻市介護保険課	電話 0296-43-4214
○小山市地域包括ケア推進課	電話 0285-22-9625
○真岡市いきいき高齢課	電話 0285-83-8094
○下野市高齢福祉課	電話 0285-32-8904

6. 個人情報の使用について（契約書第10条3項参照）

契約者及びその家族の個人情報（※）について、次に記載するとおり当事業者が必要最小限の範囲内で使用させて頂く事があります。

（※） ご署名いただいたご家族様の個人情報を含みます。

（1）使用する目的

- ・サービス担当者会議等において他のサービス事業者等と情報を共有・連携し、介護保険法に関する法令等に基づき行う居宅サービス・利用者支援を、適切かつ効果的に実施、提供するため。
- ・緊急時等において、利用者の生命やその他有する権利・利益を保護するため。

（2）使用にあたっての条件

- ・個人情報の使用は、（1）に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供が必要となる相手方以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した状況等の記録を保管しておくこと。

（3）個人情報の内容（例示）

氏名、住所、契約者の心身の状況やその置かれている環境、支援を行う上での課題、健康状態、病歴、家庭状況等。

令和 年 月 日

通所型サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

しらとりハワイアンデイ

説明者職・氏名

生活相談員

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防通所サービスの提供開始に同意します。

契約者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印